



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Odontología

Unidad de Posgrado

Mixoma odontogénico

REPORTE CLÍNICO

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en
Cirugía Bucal y Maxilofacial

AUTOR

Christian Junior FARFÁN GUTIÉRREZ

Lima, Perú

2017



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Farfán C. Mixoma odontogénico [Reporte clínico]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Odontología, Unidad de Posgrado; 2017.



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA ✓

UNIDAD DE POSGRADO ✓

N°023-FO-UPG-2017

ACTA DEL EXAMEN DE CAPACITACIÓN PROFESIONAL

En la ciudad Universitaria, Unidad de Posgrado, Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, siendo las 12:00 mediodía del miércoles 21 de Junio de 2017, se reunieron los Miembros del Jurado de Examen de Titulación en el salón de consejo de la Facultad para llevar a cabo el Examen de Capacitación Profesional del **C.D. CHRISTIAN JUNIOR FARFÁN GUTIÉRREZ**, referente al Reporte Clínico **MIXOMA ODONTOGÉNICO**, para obtener el Título de Segunda Especialidad Profesional en Cirugía Bucal y Maxilofacial. ✓

El Jurado en pleno, luego de evaluar las respuestas al interrogatorio del Examen de Capacitación emitió el calificativo de:

Muy BUENO

Escala

17

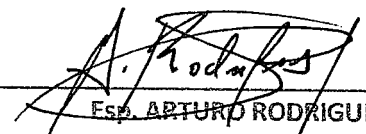
Número


Diecisiete


Letras

El Presidente del Jurado de Examen de Titulación, en virtud de los resultados favorables, recomienda que la Facultad proponga que la Universidad le otorgue el Título de Segunda Especialidad Profesional en **CIRUGIA BUCAL Y MAXILOFACIAL** al **C.D. CHRISTIAN JUNIOR FARFÁN GUTIÉRREZ**.

Siendo las _____, concluyó el acto académico, por lo cual los Miembros del Jurado de Examen de Titulación dan fe de lo actuado, firmando la presente Acta por cuadruplicado.


Esp. ARTURO RODRIGUEZ FLORES
Presidente


Esp. ARMANDO NOLI LAZO
Miembro


Esp. JHAMES ORE DE LA CRUZ
Miembro

Escala de calificación

- Excelente 20, 19
- Muy bueno 18, 17
- Bueno 16, 15
- Aprobado 14
- Desaprobado 13 o menos

AGRADECIMIENTOS

A Dios por guiarme siempre.

A mis padres y hermanos por su apoyo incondicional, para hacer posible este sueño una realidad.

A todos los maestros y profesores de la residencia en Cirugía Bucal y Maxilofacial de la UNMSM que influyeron en mi formación, por el día a día de compartir experiencias y conocimientos.

Al Dr. Marco Antonio Arce Lazo, maestro y amigo, así como a todo el Departamento de Odontoestomatología del Hospital Regional Honorio Delgado – Arequipa por su apoyo incondicional.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	04
ABSTRACT.....	05
INTRODUCCIÓN.....	06
I. OBJETIVOS.....	07
I.1 OBJETIVO GENERAL	07
I.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	07
II. MARCO TEÓRICO.....	08
II.1 ANTECEDENTES.....	08
II.2 BASES TEÓRICAS.....	12
II.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	19
III. CASO CLÍNICO.....	20
III.1 HISTORIA CLÍNICA.....	20
III.2 DIAGNÓSTICO.....	30
III.3 PLAN DE TRATAMIENTO.....	30
III.4 TRATAMIENTO REALIZADO.....	30
III.5 EVOLUCIÓN DEL CASO.....	30
IV. DISCUSIÓN.....	42
CONCLUSIONES.....	45
RECOMENDACIONES.....	46
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47
ANEXOS.....	50

RESUMEN

El mixoma odontogénico es una neoplasia benigna poco frecuente, pero localmente invasiva. Afecta con más frecuencia la mandíbula y en algunos casos está asociado con la ausencia de piezas dentales o dientes incluidos. Su crecimiento es generalmente lento, pero también se puede ver la más rápida evolución con mayor tendencia a la recurrencia. El tratamiento es exclusivamente quirúrgico. Se basa, en caso de lesiones pequeñas, en un enfoque conservador que consiste en enucleación y curetaje. Por el contrario, si el tumor es de mayor dimensión se indica la resección. Es necesario un riguroso seguimiento clínico e imagenológico posterior al tratamiento. Este reporte clínico presenta el caso de una paciente mujer de 45 años a quién después de la evaluación clínica, imagenológica e histopatológica se llega al diagnóstico de mixoma odontogénico en el maxilar superior, donde por las características de la tumoración, se optó por la resección ósea en bloque para su tratamiento.

Palabras clave

Mixoma, huesos maxilares, tumores odontogénicos

SUMMARY

Odontogenic myxoma is a rare but locally invasive benign neoplasm. It affects the jaw more often and in some cases is associated with the absence of teeth or teeth included. Their growth is usually slow, but you can also see the faster evolution with more tendency to recurrence. The treatment is exclusively surgical. It is based, in the case of small lesions, on a conservative approach consisting of enucleation and curettage. In contrast, if the tumor is larger, resection is indicated. A rigorous clinical and imaging follow-up is necessary after treatment. This clinical report presents the case of a 45-year-old female patient who, after the clinical, imaging and histopathological evaluation, arrived at the diagnosis of odontogenic myxoma in the upper jaw, where, due to the characteristics of the tumor, bone resection In block for its treatment.

Key words

Myxoma, jaw bone, odontogenic tumors

INTRODUCCIÓN

El mixoma odontogénico, descrito por primera vez por Thoma y Goldman en 1947, es una neoplasia benigna poco frecuente (3-6% de todos los tumores odontogénicos) pero localmente invasiva ¹. Puede ocurrir a cualquier edad, especialmente entre 10 y 50 años, con una incidencia máxima en la tercera década de vida y es más frecuente en mujeres que en varones en una relación de 1.5 : 1 ^{2,3}. Afecta con más frecuencia la mandíbula (cuerpo, ángulo-rama superior) ¹ y en algunos casos está asociado con la ausencia de piezas dentales o dientes incluidos. Existen dos tipos: mixoma central (intraóseo) y mixoma periférico (tejidos blandos). La ejecución de los exámenes imagenológicos como la tomografía computarizada son imprescindibles en la fase de diagnóstico, para obtener información sobre la dimensión del tumor, la perforación del hueso cortical y la posible participación de los tejidos blandos ^{4, 5 y 6}. Clínicamente asintomático en las primeras etapas, el mixoma se manifiesta más tarde con perforación del hueso y en etapas avanzadas con la movilidad, desplazamiento o reabsorción de la raíz del diente. Al estar desprovisto de la capa de cápsula, está mal delimitado y por lo tanto tiende a infiltrarse en los tejidos circundantes. Su comportamiento invasivo puede estar relacionado con la expresión de una metaloproteinasa y componentes de la matriz extracelular, en particular el ácido hialurónico, que revelan la capacidad de promover la invasión tumoral⁷. En cuanto al tratamiento, dada su capacidad para infiltrarse en los tejidos circundantes y su porcentaje de recidiva (26 %), si es tratado de forma conservadora, tiende a recurrir fácilmente (también debido

a la falta de una cápsula que rodea y delimita) por eso la resección quirúrgica sigue siendo el tratamiento de elección ^{8 y 9} Hasta la fecha, no hay consenso sobre los métodos de tratamiento quirúrgico, que van desde simples curetajes a resecciones en bloque con grandes márgenes de seguridad que incluye el tejido sano circundante.

I.OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GENERAL

- Presentar un reporte clínico del manejo quirúrgico del mixoma odontogénico en el maxilar superior donde se planteó la resección en bloque.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir la evaluación clínica regional para el diagnóstico del mixoma odontogénico
- Describir la importancia de la evaluación imagenológica para el diagnóstico del mixoma odontogénico
- Describir la importancia de la evaluación histopatológica para el diagnóstico del mixoma odontogénico
- Describir la técnica quirúrgica de resección en bloque como esquema de tratamiento quirúrgico para el mixoma odontogénico

II. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

THOMA K., GOLDMAN H. (1947) – Mixoma central de la mandíbula

Describieron por primera vez un tipo de tumor odontogénico que denominaron mixoma, por su etiología odontogénica y su matriz mixoide a la evaluación histopatológica, presentaron 11 casos ubicados tanto en el maxilar superior y maxilar inferior planteando alternativas para su tratamiento desde curetaje, enucleación y resección ósea. Cuatro casos fueron tratados con curetaje donde al seguimiento de 02 años, dos recurrieron, otros cuatro se manejaron con enucleación donde 01 mostro recurrencia y solo dos se trataron con resección ósea donde no hubo recurrencia hasta el último control postoperatorio de 02 años .Por lo tanto sugieren la resección ósea como la alternativa de elección para el tratamiento quirúrgico. ¹⁴

CARVALHO A. BARTOLOMEU S. (2008) – Mixoma odontogénico maxilar que implica seno maxilar: Reporte de caso

Realizaron el reporte de caso de una paciente mujer de raza blanca de 23 años que acudió a consulta por un aumento de volumen en la región facial derecha .Al realizar la historia clínica evidencian que la pieza dentaria 1,6 fue extraída 12 meses antes de cuadro actual ,la evaluación imagenológica evidenció una lesión osteolítica en la región del maxilar superior desde distal

de pieza dentaria 1.5 hasta distal de pieza dentaria 1.7, que involucra todo el seno maxilar derecho respetando piso de órbita , no habían otros antecedentes contributorios , deciden realizar una biopsia incisional que es contributoria a mixoma odontogénico ,por lo que realizan la resección ósea de la tumoración por abordaje intraoral que incluye márgenes de seguridad de 1 cm ,sin comprometer piso de órbita , en el sexto mes postoperatorio no se encuentran signos clínicos o imagenológicos de recidiva ,concluyen que debido a la alta tasa de recurrencia y la característica macroscópica gelatinosa y mucosa de la tumoración, la resección quirúrgica ósea intraoral con márgenes de seguridad de 1 a 1.5 cm es el tratamiento indicado y el paciente debe ser seguido por varios años.¹⁷

LEISER Y. PELED M. (2009) –Mixoma odontogénico: Una serie de casos y revisión del tratamiento quirúrgico

Realizaron el reporte de dos casos clínicos de mixoma odontogénico , el primero es un paciente varón de 43 años ya diagnosticado con mixoma odontogénico en el maxilar superior izquierdo y que recibió el tratamiento conservador en 02 ocasiones de curetaje y enucleación en otra institución ,siendo referido a su servicio por haber mostrado recurrencia , al realizar la evaluación clínica ,imagenologica e histopatológica se decide realizar una hemimaxilectomía que incluía piso de órbita debido a la dimensión del tumor y la reconstrucción con material de osteosíntesis además de la colocación de un obturador palatino , el paciente fue controlado 05 años sin signos de recurrencia , el segundo caso es un paciente varón de 37 años que acudió a

consulta por un aumento de volumen en hemicara facial izquierda que se extendía hacia paladar , se realizó la evaluación clínica e imagenologica donde se evidencia una imagen radiolúcida mixta parecida a una "raqueta de tenis" que afecta el maxilar superior izquierdo, se realizó una biopsia incisional con el resultado de mixoma odontogénico , se realiza un abordaje intraoral para la resección del tumor , se coloca un obturador palatino y el paciente es controlado por 04 años sin signos de recurrencia , concluyen que el mixoma odontogénico debe de ser tratado de acuerdo a la dimensión y al comportamiento del tumor y que debido a la gran recurrencia de este la reconstrucción posterior debe ser tardía , por lo cual recomienda la reconstrucción protésica con obturadores .El seguimiento que debe realizarse a estos pacientes debe ser mínimo de 04 años en el cual se considerará paciente libre de enfermedad para poder realizar su reconstrucción.¹⁸

CHIAPASCO M., MONTINARI A. (2014) – Mixoma odontogénico: revisión de la literatura y presentación de caso clínico

El propósito de este trabajo fue realizar una revisión de la literatura sobre el mixoma odontogénico para identificar las directrices de su tratamiento y la presentación de un caso clínico de un paciente varón de 40 años con mixoma odontogénico en el maxilar superior donde realizaron una resección en bloque y el cierre quirúrgico con la bola adiposa de bichat, planteando otra alternativa quirúrgica para disminuir complicaciones postoperatorias. Realizaron además una revisión de la literatura donde se hizo una

investigación que se llevó a cabo través de bases de datos biomédicas (Pub Med 1994 - 2013) y concluyeron que existe evidencia científica que demuestra que la resección en bloque con márgenes de seguridad es el tratamiento más fiable en vista de la alta tasa de recurrencia de este tumor.¹⁰

STIMOLO M., DE RIU G. (2015) - Mixoma odontogénico del maxilar superior: Reporte de caso y revisión de la literatura

Realizaron este trabajo con el objetivo de presentar un caso de mixoma odontogénico en el maxilar superior, el caso es el de una mujer de 44 años que presentó una lesión radiolúcida de aproximadamente 40 mm de dimensión, en el maxilar superior izquierdo, por este tamaño realizan la resección en bloque y los controles correspondientes sin evidencia de recurrencia. También realizaron una revisión de la literatura donde concluyen que el exámen histopatológico de la lesión tumoral era indispensable para lograr el diagnóstico correcto, considerando que la evidencia clínica e imagenológica del mixoma odontogénico no era concluyente para la confirmación. En otras conclusiones consideraron que la cirugía asociada a un estricto seguimiento, resulta ser el tratamiento más adecuado.¹⁶

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 ETIOPATOGENIA

El mixoma odontogénico es un tumor mesenquimal benigno poco común compuesto por células fusiformes y estrelladas en un estroma mixoide⁶. Clasificados y definidos por la Organización Mundial de la Salud como los tumores odontogénicos benignos de origen ecto-mesenquimal que consisten en células redondeadas y angulares incrustadas en un estroma mixoide abundante con pocas fibrillas de colágeno, probablemente procedente de cualquiera de los folículos de la papila dental o el ligamento periodontal.²³ El origen de la papila dental odontogénica, folículo dental o del ligamento periodontal parece confirmarse por la similitud histológica con el mesénquima dental, por asociación con los dientes no erupcionados, el hallazgo incidental de islas de epitelio odontogénico y tejido mixomatoso en el interior, su ubicación en los huesos de la mandíbula; microscópicamente se encuentra similitudes con la pulpa dental y el tejido conjuntivo folicular. Los residuos odontogénicos están presentes sólo en ocasiones en la lesión y se utilizan para el diagnóstico.^{4, 6}

2.2.3 CLASIFICACIÓN

Según la última clasificación de la OMS (2017) el mixoma odontogénico está considerado como un tumor benigno mesenquimal.²³ Existen dos tipos de mixoma de los maxilares: mixoma central (colocado en el hueso) y mixoma periférico (tejidos blandos):

En la forma central o intraósea se desarrolla tanto en maxilar superior como maxilar inferior, a menudo en asociación con los gérmenes dentales,

con una preferencia por el ángulo y rama mandibular, en el maxilar superior se localiza con mayor frecuencia en la zona premolar-molar. En los casos graves perfora el hueso cortical y se extiende a los tejidos blandos. A principios de este proceso el tumor es asintomático, y luego la movilidad de alguna pieza dentaria revelará el tumor⁸. Debido a su localización intraósea, ciertos autores concluyen que tiene un origen osteogénico.⁹

En la forma periférica o de los tejidos blandos, tiene macroscópicamente formas de tejido gelatinoso con aspecto histológico de tipo mixoide; la ubicación también es en los maxilares, sin embargo, es poco común y se presenta como una masa submucosa asintomática, por lo general localizada en el paladar.¹ La tasa de crecimiento lento se produce a expensas del tejido óseo circundante, que se erosiona gradualmente.

Es clínicamente distinguible. Una reacción osteolítica compatible con una lesión fibrosa suele aparecer en algunos casos.^{8,9}

2.2.3 EPIDEMIOLOGÍA

En el grupo de los tumores odontogénicos, la frecuencia del mixoma varía de 3% a 6%¹⁰. La edad de la presentación mixoma, en la literatura, es de entre 10 y 50 años, con una edad media de 30 años⁶. La mayoría de los autores reportaron un ligero predominio del mixoma en las mujeres¹¹. La mandíbula es el lugar principal para su desarrollo (75% de los casos)

.

2.2.4 CLÍNICA

El período de tiempo que transcurre desde los primeros signos del tumor en el momento del diagnóstico varía, de acuerdo con la literatura, desde 1 mes

a 8 años¹¹. Estas diferencias de tiempo dependen del grado de tolerabilidad de los síntomas. La razón por la que más a menudo el paciente acude a consultar a un especialista es el aumento de volumen. En la mayoría de los casos reportados en la literatura^{8, 12} los pacientes se presentan con un aumento de volumen de crecimiento lento que puede causar una importante asimetría facial. Este aumento es generalmente aislado, sin adenopatías o problemas neurológicos asociados. Los signos más frecuentes son la movilidad y pérdida de dientes afectados por la lesión. El mixoma es una lesión sin dolor⁸. Asintomática en las primeras etapas, se manifiesta más tarde en etapas avanzadas con perforación del hueso cortical y con la movilidad, desplazamiento o reabsorción de la raíz del diente. En el maxilar la lesión también puede afectar de manera significativa el seno maxilar (a menudo asintomática) y luego llegar a, si no se detecta a tiempo, la órbita, el etmoides y la base del cráneo^{3,4}. Esto explicaría relativamente el mucho tiempo que transcurre desde la aparición del tumor al tiempo de la primera evaluación por un especialista¹¹. La alteración de la sensibilidad de la piel es muy rara. Los trastornos neurológicos son principalmente parestesias por la compresión de las fibras sensoriales⁸.

2.2.5 IMAGENOLOGÍA

La valoración imagenológica es esencial para la orientación diagnóstica y la evaluación preoperatoria. El examen imagenológico básico para una lesión en la mandíbula y el maxilar superior es la radiografía panorámica. Sin embargo, se debe tener en cuenta los efectos de distorsión de este tipo de examen y el aviso de que no siempre ofrece una calidad suficiente para un

análisis preciso de la textura del hueso¹². Lo que podemos encontrar en esta radiografía es la confluencia de las paredes óseas causadas por la erosión ósea donde las trabéculas se cruzan en un ángulo recto o agudo, dando así lugar a imágenes huecas de tamaño variable y con una forma más redondeada poligonal que a menudo se describe en la literatura como "nido de abeja", "burbuja de jabón" o "raqueta de tenis" ¹³.

El mixoma también puede presentar un aspecto de espículas resultantes de la erosión del hueso cortical por el tumor, la invasión de los tejidos blandos alrededor. Esto plantea un problema de diagnóstico diferencial con el osteosarcoma^{8, 13}. Por último, el mixoma puede tener la apariencia de una lesión quística solitaria o múltiple. Estas lesiones osteolíticas son a menudo rodeadas por una zona marginal de alta densidad radiológica⁸. La tomografía computarizada muestra una lesión con la expansión del hueso y engrosamiento de la corteza bucal¹³. Además identifica mejor lesiones óseas y especialmente la extensión dentro de una masa de tejido denso no encapsulados e infiltrado localmente. Permite verificar y distinguir estructuras anatómicas involucradas y afectadas así como los límites estructurales para poder planificar la rehabilitación posterior ya sea temprana o tardía y por ende tomar las medidas pertinentes. La tomografía es indispensable para realizar el tratamiento quirúrgico.

2.2.6 HISTOPATOLOGÍA

Durante la intervención, el examen macroscópico puede permitir una mejor orientación diagnóstica. El volumen del tumor varía, en la literatura, a partir de 5 mm a 95 mm¹². El tumor tiene un aspecto nodular, irregularmente

lobulado y la superficie es lisa, brillante, mucoso y de apariencia poco hemorrágico. El color es amarillo rojizo translúcido blanco o gris^{9,15} El mixoma tiene una textura suave, elástica, homogénea y gelatinosa. Sin embargo, el tamaño puede variar en función de la cantidad de fibras de colágeno dentro del tumor. Si el componente fibroso es abundante, el tumor se vuelve de consistencia dura. El mixoma no tiene cápsula verdadera^{14, 16}, pero puede ser extraída en la unidad de su cavidad ósea, lo más a menudo después de la osteotomía del hueso cortical exterior. De hecho, la condensación de tejido no tumoral alrededor de la masa expansiva forma una pseudocápsula. Si el tumor es voluminoso la pseudocápsula puede estar ausente¹⁷. El hueso esponjoso y luego la corteza se comprimen gradualmente y van adelgazado hasta la completa erosión^{9, 15}.

El mixoma en el maxilar es a menudo unilateral sin exceder la sutura palatina media, a diferencia del mixoma mandibular que puede superar la zona media. El componente fibroso consiste esencialmente de fibras de colágeno dispuestas en un extremo de la red y en más direcciones¹⁵. Las células son estrelladas, ovoides o fusiforme^{15, 17}. La densidad celular es típicamente muy baja pero variable. El núcleo es pequeño y compacto, sin atipia celular. Las mitosis son raras. Un índice muy alto de mitosis debe alertar en pensar en un sarcoma⁹.

Hay numerosas lesiones que se colocarán en el diagnóstico diferencial de mixoma. Esto depende del hecho de que los aspectos clínicos y radiológicos de mixoma no son específicos. La mayoría de los tumores sólidos faciales se presenta, como el mixoma, con una hinchazón, deformidad o asimetría facial. Una buena correlación con los datos clínicos y radiográficos evita

estos errores de diagnóstico. Debido a la ausencia de signos patognomónicos, el diagnóstico definitivo de mixoma se realiza sobre la base de la historia médica, clínica, exámen imagenológico e histopatológico¹⁵.

2.2.7 TRATAMIENTO

El tratamiento del mixoma es exclusivamente quirúrgico ^{11,15}. El tratamiento conservador consiste en la enucleación y curetaje de la cavidad; este tratamiento se asocia con un mayor riesgo de recurrencia, pero la preservación de las funciones y el rechazo de la resección maxilar o mandibular pueden llevar al adoptar este tipo de tratamiento ¹¹. El tratamiento radical consiste en una resección ósea del tumor en bloque con un margen de seguridad de 1-1,5 cm¹⁵. Que si tiende a recurrir se optará por una maxilectomía o mandibulectomía.

Enucleación y curetaje

La enucleación es la extirpación quirúrgica de la lesión usando un aflojamiento leve de sus paredes desde el hueso circundante, manteniendo - si es posible - las paredes intactas. La extirpación de la lesión en "conjunto" reduciría el riesgo de dejar células in situ que pueden conducir a una recurrencia. La pieza quirúrgica enucleada debe ser sometida a un exámen histológico para confirmar el diagnóstico. Siempre se debe realizar el curetaje de la pared restante de hueso con curetas quirúrgicos afiladas o curetas montadas en la pieza de mano e irrigación con solución salina estéril. El objetivo debe ser eliminar el hueso y la mucosa adyacente a cualquier residuo celular para reducir al mínimo el riesgo de recurrencia.^{7,8 y}

Resección

La resección en bloque de mixoma (junto con alrededor de 1,5 cm de hueso periférico circundante) ¹¹ parece ser un tratamiento fundamental para las lesiones multiloculares, más agresivas, recurrentes o para los casos en los que, debido a la extensión sobre el plano del periostio, la posibilidad de la eliminación completa de las células tumorales se reduce. En estos casos el examen histopatológico es también de importancia fundamental para verificar que los bordes de resección sean libres y no estén en cualquier área anatómica continua por las células recurrentes.^{10 .11 y 12} En caso de lesiones de gran tamaño puede ser necesario realizar maxilectomía parcial o total o mandibulectomía, asociada o no a reconstruir el déficit residual para utilizando injertos óseos vascularizados o no vascularizados.¹⁰

No se recomienda un tratamiento conservador con enucleación y curetaje de lesiones de gran tamaño, para los tumores pequeños, muchos autores coinciden en la eficacia de la enucleación asociado al curetaje de la cavidad del tumor. Otros autores, debido a la alta agresividad local y el riesgo de recurrencia, argumentan que el tratamiento radical es el tratamiento de elección ^{8,14}, asociado a un restablecimiento de la continuidad mandibular o maxilar con una reconstrucción temprana o tardía¹⁴. La tasa de recurrencia es de alrededor de 26%^{6,9}. El tiempo hasta la recurrencia en la literatura varía de 2 a 15 años y se observa con mayor frecuencia en los 2 años siguientes a la cirugía⁹

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Osteosarcoma:** tumor óseo maligno formado por células anaplásicas derivadas del mesénquima. Estas células presentan diferenciación osteoblástica hacia osteoides malignos. Se trata de la forma histológica más frecuente de cáncer óseo. Aparece en lo general en cualquiera de los extremos de las diáfisis de un hueso largo y raramente en huesos del macizo facial
- **Resección en bloque:** tratamiento quirúrgico que involucra tejido óseo afectado por tumoración más tejido óseo sano como márgenes de seguridad. Es un tratamiento fundamental para las lesiones multiloculares, más agresivas o recurrentes o para los casos en los que, debido a la extensión sobre el plano del periostio, la posibilidad de la eliminación completa de las células tumorales se reduce.
- **Mixofibroma:** tumor fibroso que contiene tejido mixomatoso, infrecuente, que de forma típica aparece en el maxilar superior y maxilar inferior. Más frecuente en la segunda y tercera década de vida y afecta de igual manera a ambos sexos. Crecimiento lento y cursa con dolor y deformidad facial
- **Enucleación:** extirpación de un tumor, quiste u otra formación patológica procurando separarlo de los tejidos circundantes, extirpación quirúrgica de la lesión usando un aflojamiento leve de sus paredes desde el hueso circundante, manteniendo - si es posible - las paredes intactas. La extirpación de la lesión en "conjunto" reduciría el riesgo de dejar células in situ que pueden conducir a una recurrencia.

- **Maxilectomía:** Técnica quirúrgica que consiste en la resección del hueso maxilar superior, generalmente en el concepto de la cirugía oncológica. Se habla de maxilectomía parcial o marginal cuando la resección no incluye la pared del seno maxilar, si no que afecta desde el piso del seno maxilar hasta la cresta alveolar verticalmente y maxilectomía total cuando se reseca la totalidad del hueso maxilar superior incluyendo parte de hueso malar, piso orbitario, apófisis frontonasal y paladar duro.

III.CASO CLÍNICO**3.1 HISTORIA CLÍNICA****ANAMNESIS****I.FILIACIÓN**

EDAD : 45 años

SEXO : Femenino

RAZA : Mestiza

ESTADO CIVIL : Casada

RELIGIÓN : Católica

LUGAR DE NACIMIENTO : Arequipa

PROCEDENCIA : Arequipa

OCUPACIÓN : Ama de casa

GRADO DE INSTRUCCIÓN : Secundaria completa

II.MOTIVO DE CONSULTA

"Me han referido porque tengo un tumor en la boca que requiere cirugía"

III.ENFERMEDAD ACTUAL

TE: 02 años

Inicio: Insidioso

Curso: Progresivo

Signos y síntomas: Asimetría facial, movilidad dental

Relato de la enfermedad:

Paciente femenino de 45 años que refiere que hace 02 años notó un aumento de volumen en encía y movilidad de pieza dentaria 1.5, por lo que decidió acudir a odontólogo en consulta privada, el cual le realizó exodoncia (pieza 1.5), posteriormente notó que aumento de volumen en encía no disminuye, al contrario, aumentó de tamaño, pero al no sentir dolor ni molestias le restó importancia. Un mes antes de su ingreso al Servicio de Cirugía Bucal y Maxilofacial del HRHD, notó movilidad del pieza dentaria 16, por lo que acudió esta vez al hospital de su localidad, donde al evaluarla le indicaron que tiene un tumor en el maxilar y fue referida al Hospital Regional Honorio Delgado – Arequipa, para su tratamiento.

IV.ANTECEDENTES

Personales

Generales : Tipo de vivienda de material noble

Servicios básicos completos

Fisiológico : Parto eutócico

Inmunizaciones completas

Desarrollo psicomotriz conservado

Patológico : Cirugías No refiere

Hospitalizaciones No refiere

Enfermedades No refiere

Familiares

Padre : Falleció, desconoce la causa

Madre : Viva, aparentemente sana

Hermanos : 02, vivos, aparentemente sanos

Hijos : 02, vivos, aparentemente sanos

V.FUNCIONES BIOLÓGICAS

Apetito : Conservado

Deposiciones : Conservado

Sueño : Conservado

Sed : Conservado

Orina : Conservado

Exámen físico

Exámen físico general

ABEN, ABEH, ABEG, LOTEP

Funciones vitales PA 110/70 FC 80 x min FR 22 x min T 37 ° C

Piel : Tibia, elástica, hidratada, no pigmentaciones

TCSC : Buena distribución, llene capilar < 2 seg

Abdomen : Blando, depresible, no doloroso a la palpación

T y P : MV pasa bien ACP, no ruidos silbantes, no estertores

Cardiovascular: RCR bien definidos, no soplos

Neurológico : ECG 15/15, no déficit motor ni sensitivo

Exámen físico regional

Exámen extraoral

Presenta asimetría facial por aumento de volumen con predominio de región geniana derecha y borramiento de surco naso geniano, a la palpación de aumento de volumen se comprueba consistencia firme, no dolorosa a esta.
(Figura 1)

Exámen intraoral

Se evidencia una lesión tumoral, de forma regular, bordes definidos, consistencia firme, base amplia, no fistulizada, de color de la mucosa oral que se expande en el maxilar superior derecho, desde el fondo de surco

vestibular distal de la pieza dentaria 1.3 hasta 1.7, extendiéndose hacia la apófisis ascendente del maxilar superior, de aproximadamente 25mm x 25mm x 30 mm con movilidad grado II de pieza dentaria 1.6 y desplazamiento hacia palatino, pieza 1.7 sin alteración aparente. (Figura 2)



Figura 1: a),b),c) y d) Asimetría facial por aumento de volumen en región geniana superior derecha, borramiento de surco naso geniano



Figura 2: a) , b) y c) Imagen intraoral que evidencia lesión tumoral que se extiende desde distal de pieza dentaria 1.3 hasta mesial de pieza 1.7 ,que involucra fondo de surco de primer cuadrante ,nótese que lesión ha desplazado pieza dentaria 1.7 hacia palatino

Diagnóstico presuntivo

- D /C Mixoma odontogénico
- D /C Displasia fibrosa

Plan de trabajo para el diagnóstico definitivo

- Radiografía Panorámica
- TEM Macizo Facial más reconstrucción 3D
- Biopsia Incisional

La radiografía panorámica evidencia una imagen radiolúcida con imágenes radiopacas en su interior compatibles a tabicaciones características que se asemejan a un "panal de abeja " y "raqueta de tenis" que compromete tejido óseo de maxilar superior desde apical de pieza dentaria 1.3 hasta pieza dentaria 1.6 extendiéndose verticalmente en el maxilar superior sin comprometer seno maxilar . A la evaluación tomográfica observamos en el maxilar superior una imagen isodensa con imágenes hipodensas en el interior compatible con las tabicaciones mencionadas, que solo ha involucrado tejidos duros y que ha desplazado tabla ósea vestibular compatible con el diagnóstico presuntivo de un tumor odontogénico de compartimiento benigno. (Figura 3)

Se realiza biopsia incisional para el diagnóstico definitivo en el cual se obtiene el resultado a la evaluación microscópica de una proliferación de células fusiformes y estrelladas distribuidas en sustancia intercelular y escasas fibras de colágeno compatible con mixoma odontogénico. Evaluando las dimensiones del tumor, las estructuras anatómicas que compromete y la alta recurrencia del mixoma se opta por la resección "en bloque" con márgenes de seguridad para el tratamiento definitivo. Posteriormente la paciente acude a sus controles con normalidad, no se

presenta ninguna complicación asociada al tratamiento, continuando actualmente sus controles. (Figura 3)

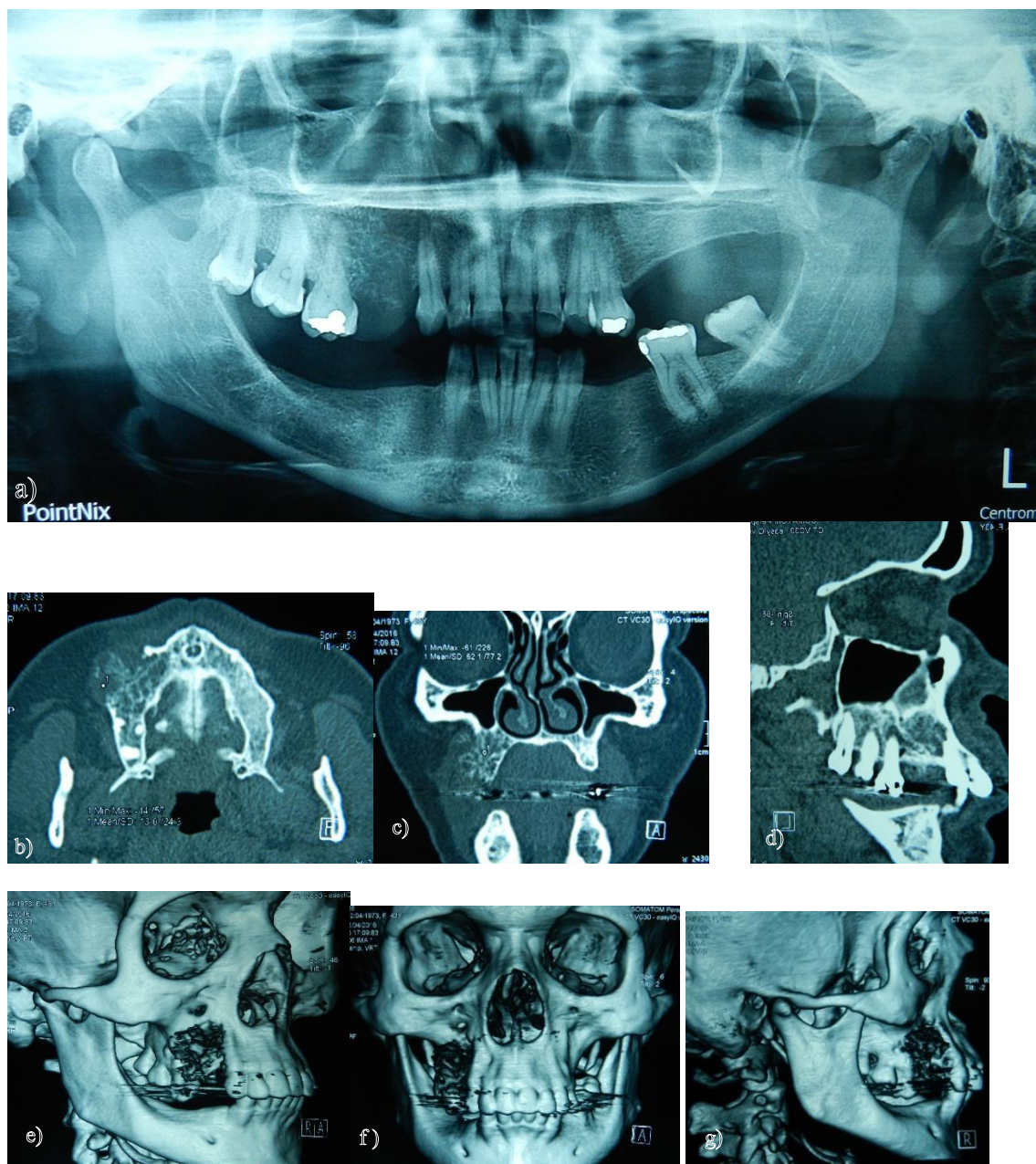
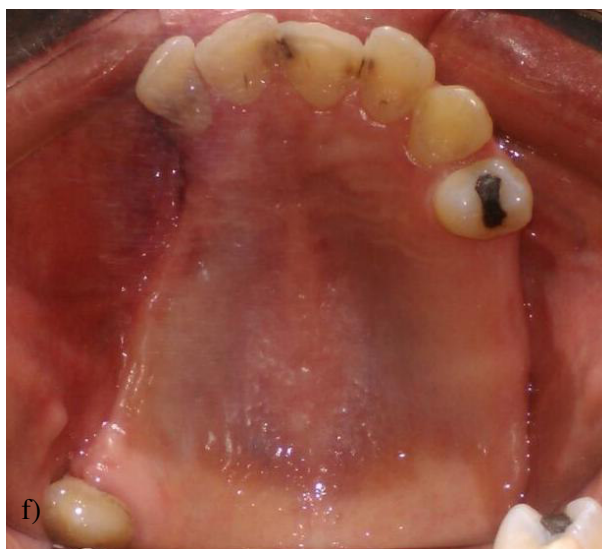
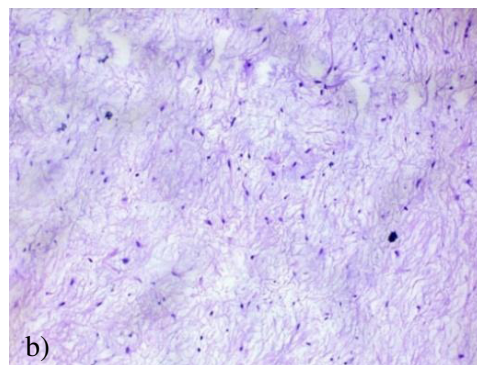
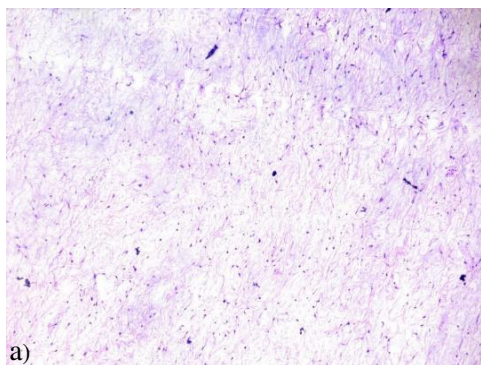


Figura 2: a) Radiografía panorámica que evidencia imagen radiolúcida con tabicaciones que asemejan "panal de abejas" b) c) y d) Corte axial, corte coronal y corte sagital que muestran la dimensión del tumor que involucra parte del maxilar superior (causando la expansión y erosión de la tabla vestibular) y piso de seno maxilar derecho e) f) y g) Reconstrucción 3D que evidencia la erosión ósea causada por el tumor



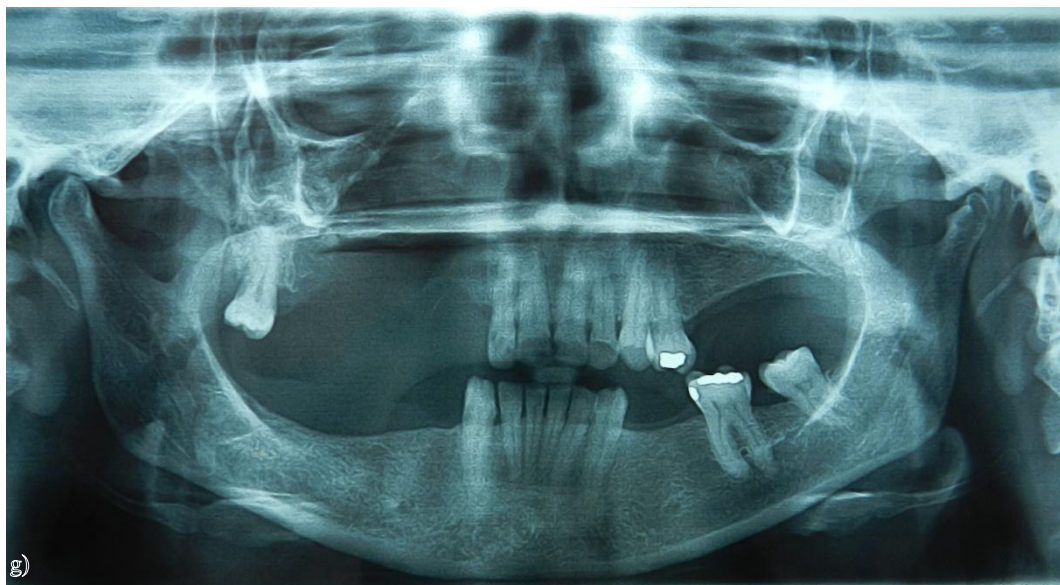


Figura 3: a)Imagen microscópica que evidencia células fusiformes y estrelladas escasas b) Imagen microscópica a mayor aumento donde se ve matriz mixoide, fibras de colágeno y células fusiformes compatibles con mixoma odontogénico c) y d)Resección en bloque de tumoración e)Pieza operatoria con márgenes de seguridad que involucra piezas dentarias 1.4 ,1.6 y 1.7 f) Control posterior de 6 meses que muestra la correcta cicatrización y reparación tras la resección g)Radiografía panorámica de control que muestra la gran resección en bloque en el maxilar superior preservando la pieza dentaria 1.8

3.2 DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

- Mixoma odontogénico del maxilar superior

3.3 PLAN DE TRABAJO PARA EL TRATAMIENTO

- Evaluación pre quirúrgica
- Discusión de caso clínico en el Departamento de Odontoestomatología del Hospital Regional Honorio Delgado-Arequipa

3.4 TRATAMIENTO REALIZADO

- Resección en bloque con márgenes de seguridad

3.5 EVOLUCIÓN

- Favorable

EVALUACIÓN PREQUIRÚRGICA**EXÁMENES DE LABORATORIO**

HEMATOLOGÍA	
HEMOGLOBINA	15.1 g /dl
PLAQUETAS	236000 mm
VSG	4 mm/h

HEMATOLOGÍA	
HEMOGRAMA	
LEUCOCITOS	4300 mm ³
NEUTRÓFILOS	60 %
SEGMENTADOS	60 %
ABASTONADOS	0 %
EOSINOFILOS	5 %
BASÓFILOS	0 %
LINFOCITOS	33 %
MONOCITOS	2 %

HEMATOLOGÍA	
GRUPO SANGUÍNEO	O
FACTOR RH	POSITIVO

HEMATOLOGÍA	
TP 14 "1 seg	INR 1.20
TPT	31"3

BIOQUÍMICA	
GLUCOSA	90 mg /dl
UREA	20 mg /dl
CREATININA	0.56 mg /dl

URIANALISIS	
SEDIMENTO POR CAMPO	
LEUCOCITOS	O - 1 X C
BACTERIAS	< 5
CELULAS EPITELIALES	-
HEMATIÉS	-

INMUNODIAGNÓSTICO	
HIV	NO REACTIVO
ELISA / SIFÍLIS	NO REACTIVO
RPR	NO REACTIVO

INMUNODIAGNÓSTICO	
HB Core	No reactivo
HBsAg	No reactivo
HVC	No reactivo

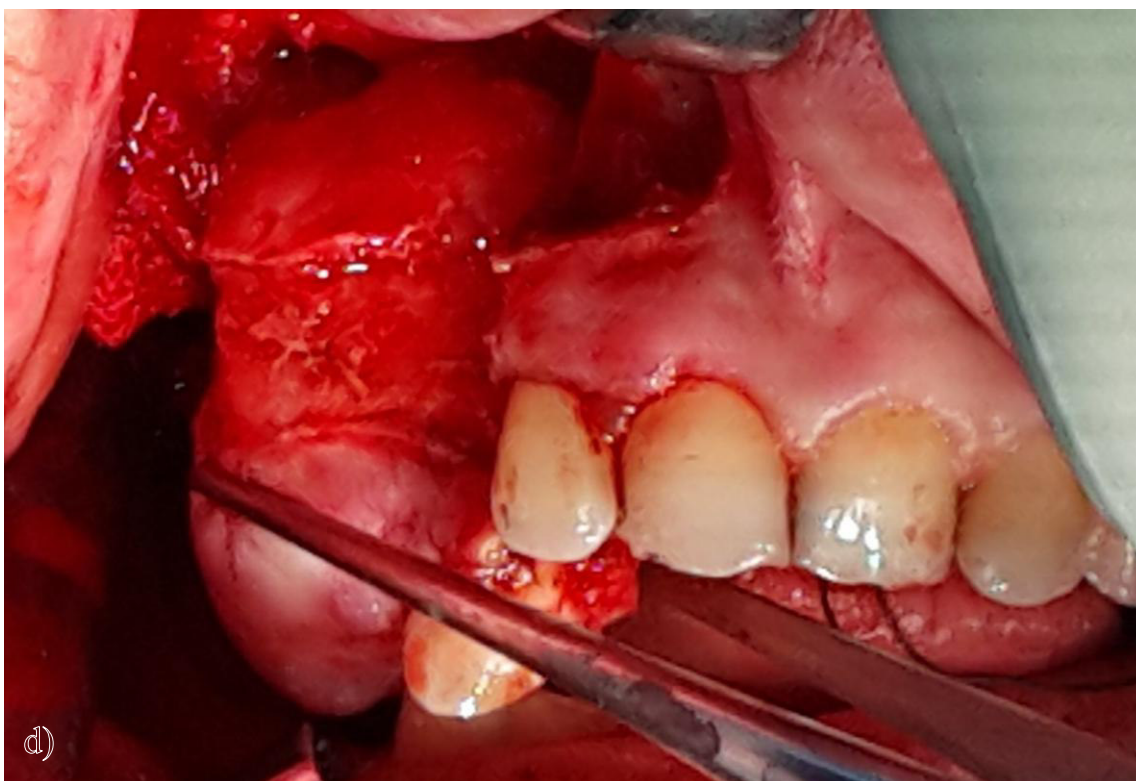
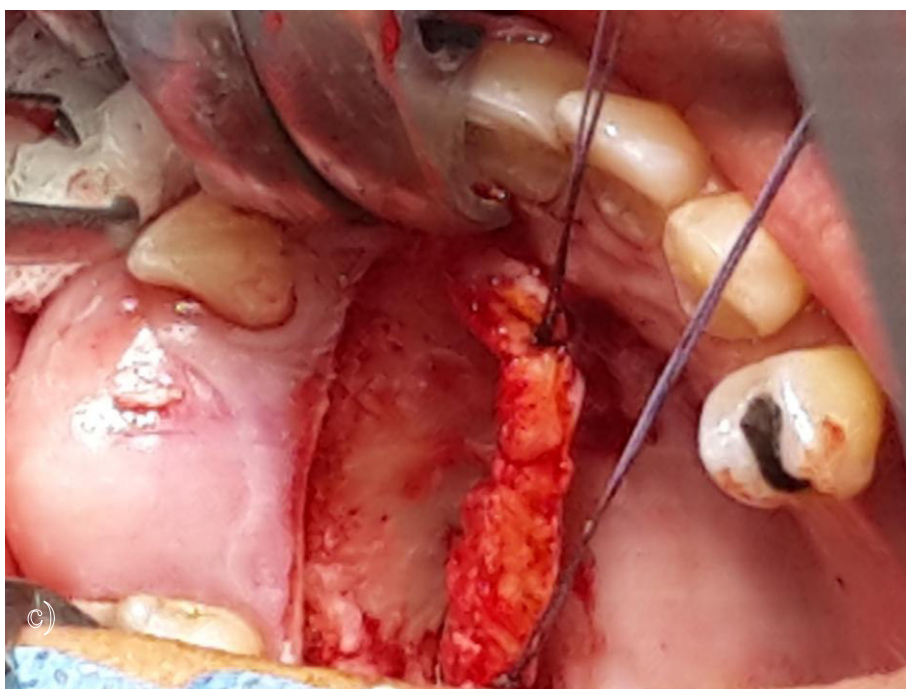
RIESGO QUIRÚRGICO

RIESGO QUIRÚRGICO
I / IV

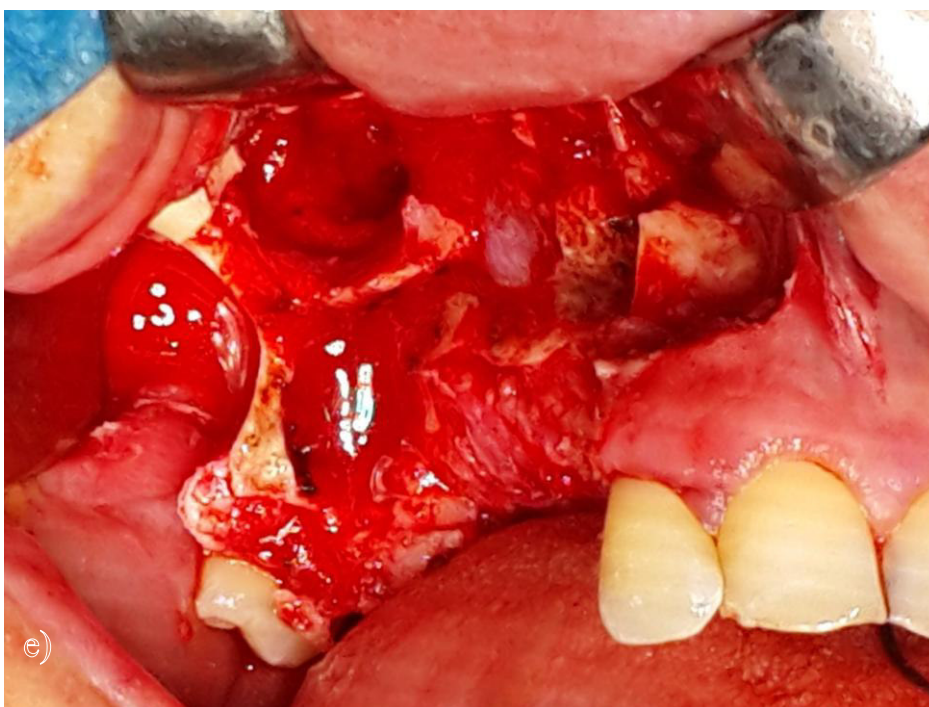
ACTO QUIRÚRGICO



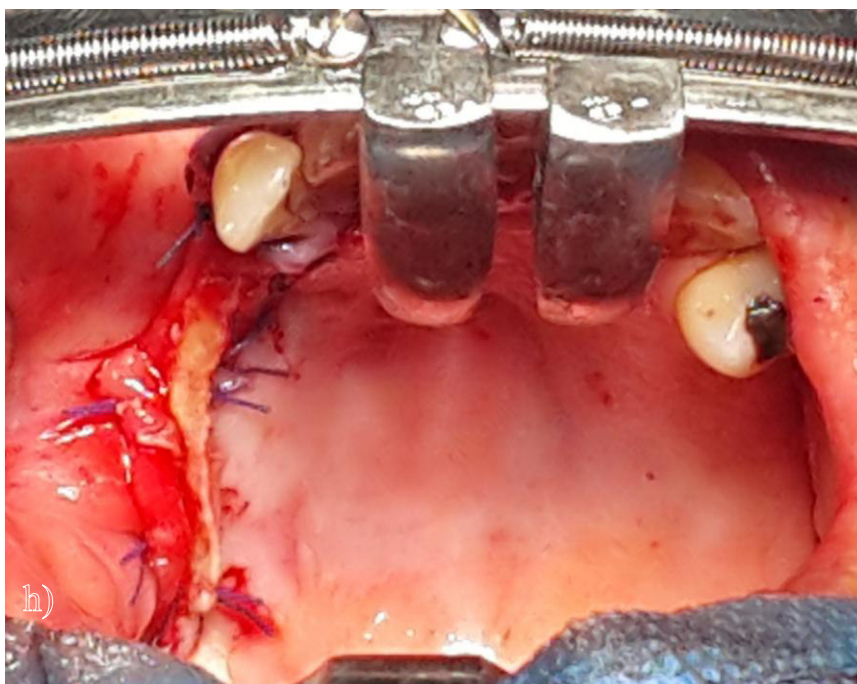
Acto quirúrgico a) Abordaje intraoral por fondo de surco vestibular a nivel de I cuadrante en maxilar superior que se extiende desde pieza dentaria 1.1 hasta pieza dentaria 1.7 b) Abordaje intraoral por mucosa de paladar duro y decolado mucoperiostico para visualizar y delimitar tumoración



Acto quirúrgico c) Separación de colgajo palatino con reparos anatómicos colocados en el separador de Dignan, así se visualiza extensión de tumor en su totalidad d) Resección ósea con márgenes de seguridad de tumoración desde distal de pieza dentaria 1.2 hasta mesial de pieza dentaria 1.8



Acto quirúrgico e) Lecho quirúrgico después de resección ósea ,se evidencia clínicamente que se realizó la resección de toda la tumoración f) Pieza quirúrgica desde una vista vestibular de 35 mm x 45mm x 25 mm que involucra pieza dentaria 1.3 ,1.6 y 1.7



Acto quirúrgico g) Pieza quirúrgica desde una vista palatina de 35 mm x 45mm x 25 mm

h) Cierre de herida operatoria con puntos transfixiantes con el objetivo de ayudar a la cicatrización y evitar dehiscencias

REPORTE OPERATORIO

PACIENTE : NN	EDAD : 44 años	SEXO : Femenino
FECHA : 01 -10 – 2015	SERVICIO : CIRUGÍA BUCAL Y MAXILOFACIAL	
DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO: Mixoma odontogénico en maxilar superior		
DIAGNÓSTICO POSTOPERATORIO: Mixoma odontogénico en maxilar superior		
CIRUGÍA PROPUESTA : Resección ósea en bloque con márgenes de seguridad		
CIRUGÍA REALIZADA: Resección ósea en bloque con márgenes de seguridad		
CIRUJANO : Dr. Marco Arce Lazo	2do Cirujano : Dr. Christian Farfán	
ANESTESIA : General inhalatoria	ANESTESIÓLOGO: Dr Blanco	
Enfermera intrumestista : Lic. Marquez Enfermera circulante : Lic. Valdez		
Muestra o pieza quirúrgica a AP: Sí		

Hallazgos

Se evidencia una tumoración sin cápsula , de consistencia firme ,bordes definidos ,base amplia ,de color blanquecino , que asemeja un aspecto gelatinoso, ubicada en maxilar superior que se extiende hacia apofisis ascendente ,sin involucrar piso de órbita y parte media de seno maxilar ,de más menos 3cm x 3cm x 3cm de dimensión que involucra piezas dentarias 1.3 ,1.6 y 1. 7 .

Procedimiento

Estando el paciente intubado nasotraquealmente por fosa nasal izquierda ,previas maniobras de asepsia y antisepsia se procede a colocar campos estériles , tapon orofaríngeo .Se infiltra lidocaína dental más vasoconstrictor ,

se realiza abordaje intraoral con electrobisturí en fondo de surco vestibular desde distal de pieza dentaria 1.2 hasta mesial de pieza 1.8 , se realiza decolado mucoperiostico hasta visualizar toda la dimensión de tumoración por vestibular. Posteriormente se procede a colocar separador Digman para mejorar la visión del sitio operatorio , se realiza nuevo abordaje intraoral ahora en mucosa de paladar duro aproximadamente 1 cm posterior a cara cervical de piezas dentaria 1.2 hasta 1.6 , se realiza decolado mucoperiostico hasta visualizar extensión de tumoración por parte palatina , se coloca puntos de reparo anatómico y se logra visualizar tumor en toda su extensión para realizar la resección planificada. Se procede a realizar resección ósea con sierra reciprocante , extendiéndose un margen de seguridad de aproximadamente 1.5 cm que incluye las piezas dentaria 1.3, 1.6 y 1.7 , se realiza exéresis completa de tumoración , lavado profuso con suero fisiológico y hemostasia. Se procede a realizar cierre de lecho quirúrgico con vicryl 3 /0 a través de puntos simples y algunos transfixiantes . Paciente tolera acto quirúrgico y pasa a recuperación con signos vitales estables.

CONTROL POSTOPERATORIO



Imagen preoperatoria



Imagen postoperatoria (06 meses)



Imagen preoperatoria



Imagen postoperatoria (06 meses)



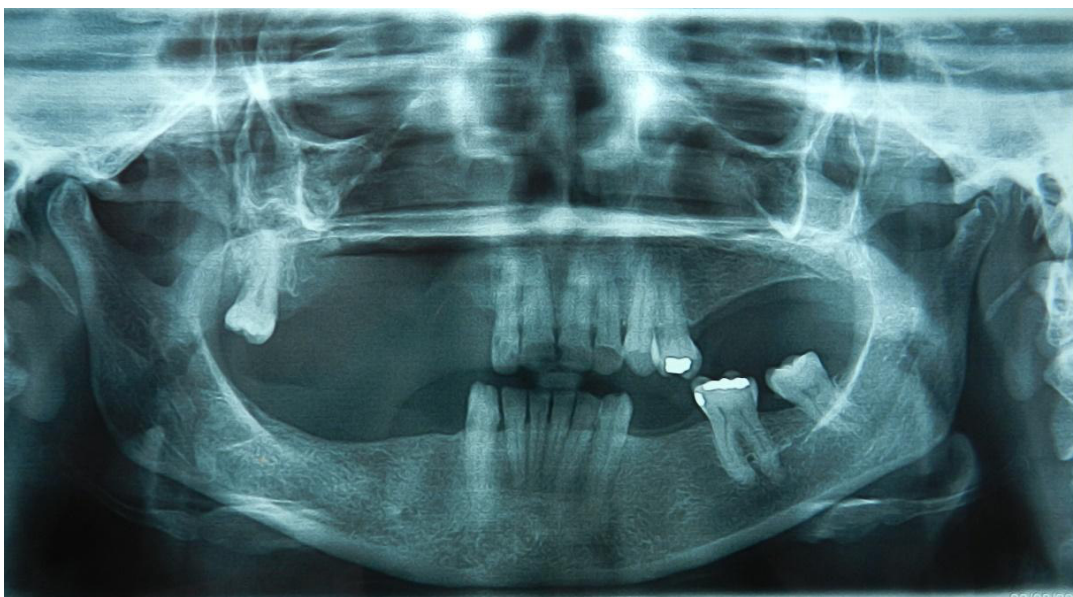
Imagen intraoral preoperatoria



Imagen intraoral postoperatoria



Radiografía panorámica preoperatoria



Radiografía panorámica postoperatoria

IV. DISCUSIÓN

Desde su descripción original de Thoma y Goldman en 1947¹ la naturaleza del mixoma odontogénico ha sido un tema de controversia. Varios estudios se han realizado con el fin de definir su naturaleza exacta, pero en la actualidad no es una teoría universalmente aceptada sobre su probable etiopatogenia. Basándose en la presencia de ocasionales pequeñas islas de epitelio odontogénico, su aparición casi exclusiva en el maxilar superior y maxilar inferior y la similitud histomorfológica al componente mesenquimal del diente en desarrollo, varios autores han propuesto un origen odontogénico.^{3,4,5} El mixoma odontogénico se considera como un tumor localmente invasivo benigno, que no hace metástasis, de crecimiento lento y asintomático, a veces dando lugar a perforación de las corticales del hueso afectado.³ Bast et al propone que el comportamiento localmente agresivo del mixoma puede estar relacionada con la desregulación de los mecanismos antiapoptóticos¹⁹. En muchos casos, estas lesiones se diagnostican accidentalmente por un chequeo dental de rutina, y los pacientes son por lo general en su segunda o tercera década de la vida en casi el 60% de los casos.⁸ Afecta mayormente la mandíbula que el maxilar superior y se presenta más frecuentemente en la parte posterior, a nivel de molares inferiores, tal como el estudio realizado por Mosqueda T. et al donde al realizar un estudio ultra estructural del mixoma refiera mayor frecuencia en maxilar inferior posterior²⁰. Es por eso que este reporte clínico es una presentación de poco común, porque se presentó en maxilar superior a nivel de premolares y molares superiores. En las radiografías, el tumor es visto

como una lesión radiolúcida unilocular o multilocular con bordes y trabéculas óseas bien definidas. La descripción radiográfica habitual de la OMS es la de un "nido de abeja", "burbuja de jabón" o lesión "raqueta de tenis". Noffke et al demostró una correlación estadísticamente significativa entre el tamaño de la lesión y su característica uno o multilocular, evaluada en las radiografías panorámicas, con las lesiones más grandes más probabilidades de ser multilocular.²¹ Se coincide con estos autores ya que en el caso clínico reportado se evidencia una imagen multilocular que es proporcional con la gran dimensión de la tumoración²¹. El desplazamiento de los dientes es un hallazgo relativamente común, aunque la reabsorción radicular se ve raramente. Histopatológicamente estas neoplasias benignas fueron clasificados por la Organización Mundial de la Salud como los tumores odontogénicos benignos de origen mesenquimal que consiste en células redondeadas y angulares incrustados en un estroma mixoide abundante con pocas fibrillas de colágeno, probablemente procedente de cualquiera de los folículos papila dental o ligamento periodontal.³ En la literatura no hay consenso acerca de los protocolos que deberán utilizarse en el tratamiento de mixoma odontogénico y los diversos autores proponen opciones de tratamiento basado en su experiencia clínica. La elección del tipo de tratamiento depende de varios factores: la ubicación, el tamaño del tumor, la edad del paciente y la experiencia del cirujano. La enucleación asociada con el curetaje muestra una alta incidencia de recurrencia⁹ debido a la consistencia gelatinosa del mixoma y la ausencia de una cápsula, después de dicho tratamiento puede tener células neoplásicas residuales. Las directrices quirúrgicas actuales parecen avanzar hacia un tratamiento

radical, como la resección "en bloque", que parece ser el más adecuado para prevenir la recurrencia de la lesión, especialmente en casos de lesiones extensas. Para Chiapasco y Colletti esta técnica más radical garantiza la eliminación de todo el bloque del tumor reduciendo significativamente las recurrencias.¹⁰ Se puede proceder a la inmediata reconstrucción con injertos óseos autólogos o colgajos libres de peroné o cresta ilíaca ^{10,11 y 12}. La fase reconstructiva puede comenzar inmediatamente después del procedimiento quirúrgico o diferirla hasta un periodo adecuado libre de enfermedad.¹¹ Los pequeños defectos óseos (menor de 5 cm) pueden ser reconstruidos usando bola adiposa de bichat (maxilar), o el uso de injerto cortico esponjoso óseo de cresta ilíaca. Los defectos más grandes (más de 5 cm) por lo general requieren reconstrucción protésica primaria (obturador) seguido de un obturador final.¹⁰ Las lesiones mandibulares pueden ser manejados principalmente utilizando una placa de reconstrucción seguida de un colgajo libre vascularizado de peroné inmediata o retardada injerto de cresta ilíaca injerto costocondral, o escapular osteocutáneo colgajo libre).³ Por lo general, en grandes mixomas odontogénicos, un periodo libre de enfermedad de varios años se recomienda debido a las altas tasas de recurrencia del tumor (26%) y la morbilidad de la zona donante. Cualquiera sea el tipo de tratamiento quirúrgico, el seguimiento a largo plazo es esencial para el control de las lesiones secundarias, en particular en el caso de tratamiento conservador donde, como ya se ha mencionado, los porcentajes de recidiva son superiores.¹⁵ Muzio P y Nocini M realizaron un estudio donde concluyeron que el tiempo hasta la recurrencia en la literatura varía de 2 a 15 años y se observa con mayor frecuencia en los 2 años siguientes a

cirugía , por lo cual es obligatorio el seguimiento a corto y largo plazo de estos pacientes²². A pesar de la agresividad y la alta tasa de recurrencia el pronóstico de mixoma odontogénico, en general, es positivo^{13,14}.

CONCLUSIONES

Debido a la incidencia significativa de recidiva tras el tratamiento quirúrgico conservador podemos concluir :

- La terapia más fiable es la resección en bloque, que incluye la exeresis del tumor y tejido sano que rodea los tejidos blandos y duros para proporcionar márgenes de seguridad fiables, reduciendo así la probabilidad de recurrencias, como se muestra en el caso clínico descrito.

RECOMENDACIONES

- Los mixomas odontogénicos localmente agresivos deben ser tratados de acuerdo a su dimensión, ubicación y al compromiso de estructuras anatómicas.
- Debido a las altas tasas de recurrencia de estas lesiones, la reconstrucción tardía es el tratamiento de elección, especialmente en los tumores más localmente agresivos.
- La reconstrucción protésica en las lesiones maxilares es muy recomendable debido a la baja morbilidad postoperatoria y la recuperación fonética casi inmediata y la función masticatoria. Además reconstrucción protésica por un obturador permite la visualización directa del sitio primario para la detección de la recurrencia.
- Un seguimiento mínimo de 5 años es aconsejable establecer el estado libre de la enfermedad con el fin de pasar a la fase de reconstrucción final de todos los pacientes.

Referencias

- 1.- Thoma KH, Goldman HM, Central mixoma of the jaw, Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1947; 33 (7) pp. 532–540
- 2.- Rotenberg BW, Daniel SJ, Nish IA, Ngan BY, Forte V, Myxomatous lesions of the Maxilla in children: a case series and review of management, Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2004; 68 (10) pp. 1251–1256
- 3.- Keszler A, Domínguez FV, Giannunzio G, Myxoma in childhood: an analysis of 10 Cases, J Oral Maxillofac Surg. 1995; 53 (5) pp. 518–521
- 4.- Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D, World Health Organization Classification of Tumours. Pathology and genetics of head and neck tumours, IARC Press, Lyon. 2005
- 5.- Kawai T, Murakami S, Nishiyama H, Kishino M, Sakuda M, Fuchihata H, Diagnostic Imaging for a case of maxillary myxoma with a review of the magnetic resonance Images of myxoid lesions, Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1997; 84 (4) pp. 449 – 454
- 6.- Simon EN, Merks MA, Vuhahula E, Ngassapa D, Stoelinga PJ, Odontogenic Myxoma: a clinicopathological study of 33 cases, Int J Oral Maxillofac Surg. 2004; 33 (4) pp. 333–337
- 7.- Miyagi SP, Maranduba CM, Silva F, Dental pulp stem cells express proteins Involved in the local invasiveness of odontogenic myxoma, Braz Oral Res. 2012; 26 (2) pp. 139 – 144
- 8.- Boffano P, Gallesio C, Barreca A, Bianchi FA, Garzino-Demo P, Roccia F, Surgical Treatment of odontogenic myxoma, J Craniofac Surg. 2011; 22 (3) pp. 982–987
- 9.- Buchner A, Merrell PW, Carpenter WM, Relative frequency of central odontogenic Tumors: a study of 1,088 cases from Northern California and comparison to studies From other parts of the World, J Oral Maxillofac Surg. 2006; 64 (9) pp. 1343–1352
- 10.- Chiapasco M, Colletti G, Romeo E, Zaniboni M, Brusati R, Longterm results of Mandibular reconstruction with autogenous bone grafts and oral implants after Tumor resection, Clin Oral Implants Res. 2008; 19 (10) pp. 1074–1080
- 11.- Chiapasco M, Biglioli F, Autelitano L, Romeo E, Brusati R, Clinical outcome of Dental implants placed in fibula-free flaps used for the reconstruction of

maxillo-mandibular defects following ablation for tumors or osteoradionecrosis, Clin Oral Implants Res. 2006; 17(2) pp. 220–228

- 12.- Chiapasco M, Abati S, Ramundo G, Rossi A, Romeo E, Vogel G, Behavior of Implants in bone grafts or free flaps after tumor resection, Clin Oral Implants Res. 2000; 11 (1) pp. 66–75
- 13.- Subramanian S, Nastri A, King J, Iseli T, Endoscopic resection of the pterygoid Plates following incomplete transoral resection of an odontogenic myxoma, British J Oral and Maxillo Surg. 2016; 12 (1) pp. 22 -44
- 14.- Santosh K, Mahesh C, An unusually giant myxoma of the maxilla in a child – A Case report, Pediatria Polska. 2016; 91 (5) pp. 476 -479
- 15.-Hammad H, Yousef M, Abd-Albaset M, Abber M, Rima A, Odontogenic myxoma With diffuse calcifications: a case report and review of a rare histologic feature, Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2016; 122 (4) pp. 116 – 124
- 16.-Stimolo M, De Riu Maxillary odontogenic myxoma: case report and literatura Review, Dental Cadmos .2015; 83(1) pp. 46 – 51
- 17.-Carvalho A, Bartolomeu S, Maxillary odontogenic myxoma involving the maxillary Sinus – Case report, Brazilian Journal o Otorhinolaryngology, 2008; 74(3) pp. 472 475
- 18.-Leiser Y, Peled M, Odontogenic myxoma – A case series and review of the surgical Management, Journal of Cranio Maxillofacial Surgery ,2009; 37(4) pp. 206 – 209
- 19.-Bast B, Pogrel M, Regezi A The expression of apoptotic proteins and metalloprotenases in the matrix in odontogenic myxomas J Oral Maxillofac Surg, 2008; 61 (4), pp. 1463-1466
- 20.- Mosqueda-Taylor A, Ledesma-Montes, Caballero-Sandoval S, Portilla-Robertson J, Ruíz-Godoy Rivera LM, Meneses-García A, Odontogenic Tumors en México: collaborative study retrospective study de 349 cases Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2007; 84 (6) pp. 672 – 5

- 21.- Noffke C, Raubenheimer E, Chabikuli N, Bouckaert M, Maxillary odontogenic Myxoma: review of literature y presentation of 30 cases in Sudafrica Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, 2007; 104 (), pp. 101-109
- 22.- Muzio L, Nocini P, Favia G, Odontogenic myxoma of the jaws, clínic Immunohistochemistry and ustraestructural evaluation Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, 82 (2010), pp. 426-433
- 23.- Naggar A.K., Chan J.K.C., Grandis J.R., Takata T., Slootweg P.J. (Eds): WHO Classification of Head and Neck Tumours (4th edition): Lyon 2017



Sonia Sacsquispe Contreras

MEDICINA Y PATOLOGIA ORAL
POST GRADO UNIVERSIDAD SAO PAULO (BRASIL)

EXAMEN ANATOMOPATOLOGICO

Nº Biopsia: SS-16-051

NOMBRE: JASMINE CARNERO CARNERO

EDAD: 43 años

SEXO: Femenino

ESPECIMEN: Biopsia de lesión exofítica en reborde a nivel de piezas 13 a 17.

REFERENCIA: Hospital Regional Honorio Delgado. Dr. Marco Arce.

EXAMEN MACROSCOPICO:

Fijado en formol se recibe fragmento de tejido de forma y superficie irregular, consistencia firme, de color blanquecino, que mide: 1 x 1 x 0.5 cm. Se lleva a descalcificación y se incluye todo el espécimen en varios cortes.

EXAMEN MICROSCOPICO:

Las secciones estudiadas muestran proliferación de células fusiformes y algunas estrelladas, distribuidas en abundante sustancia intercelular y escasas fibras de colágeno. También se observa moderada vascularización.

DIAGNÓSTICO:

MIXOMA ODONTOGÉNICO.


DRA. SONIA SACSQUISPE CONTRERAS
Patóloga Oral
R.N.E.: 004

Fecha: 19/04/16